FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Daniela Alejandra Villalba Fernández*

## *CC 1082987923 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-26
Fecha de vencimiento: 2025-06-26

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307

ritorio → Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

## Información del usuario



| | |
|---|---|
| Cargo | |
| Título | |
| Nombre | Daniela Alejandra |
| Apellidos | Villalba Fernandez |
| Fecha de Nacimiento | 22/08/1995 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| Nivel Educativo | Universitaria completa (con título) |
| Género | |
| ¿Tiene alguna discapacidad? | ○ Sí ○ No |
| Nombre y apellido | Daniela Alejandra Villalba Fernandez |
| Tipo de documento | |
| Número de documento | |
| Dirección | |
| Código postal | |
| Estrato | |
| Ubicación | |
| País | COLOMBIA |
| Correo electrónico | danivilla0622@gmail.com |
| Teléfono | |
| Celular | 3016051059 |

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.082.987.923

Apellidos
VILLALBA FERNANDEZ

Nombres
DANIELA ALEJANDRA

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.60 | F |

Fecha de nacimiento
22 AGO 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SANTA MARTA (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
29 AGO 2012, SANTA MARTA

Firma

Fecha de expiración
29 JUN 2031

Powered by CamScanner

.CO

0005145O7

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0005145O7421001<<<<<<<<<<<<
9408229F3106291COL1082987923<9
VILLALBA<FERNANDEZ<<DANIELA<AL

Powered by CamScanner

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**DANIELA ALEJANDRA VILLALBA FERNANDEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.987.923**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

mutualser
Atención sin tanta vuelta

# CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **VILLALBA FERNANDEZ DANIELA ALEJANDRA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1082987923** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

| | |
|---|---|
| Estado de la Afiliación: | **Activo** |
| IPS de atención: | **FUNDACION PROMAGDALENA** |
| Categoría: | **A** |
| Fecha de afiliación: | **01/01/2024** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 21 de diciembre del 2024. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

## Observaciones:

• NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
• No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
• Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
• Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



**LUIS BARRAZA**
**Director de Operaciones - Contributivo**
**infocontributivo@mutualser.org**
**MUTUAL SER EPS**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1082987923 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 26/12/2024 01:13 PM

Código Verificación: **6AHQL4RJTW**

Válida hasta: **26/03/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

# *HACE CONSTAR QUE*

La enfermera **DANIELA ALEJANDRA VILLALBA FERNANDEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número **1.082.987.923** no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, el día dieciocho (18) del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

**NOTA:** Si requiere el documento para trámite de apostilla debe solicitarlo en físico, para que sea firmado a mano alzada.

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Daniela Alejandra Villalba Fernández*

## *CC 1082987923 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-20
Fecha de vencimiento: 2025-06-20

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Daniela Alejandra Villalba Fernández*

## *CC 1082987923 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-18
Fecha de vencimiento: 2025-06-18

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Daniela Alejandra Villalba Fernández*

## *CC 1082987923 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-12
Fecha de vencimiento: 2025-06-12

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Daniela Alejandra Villalba Fernández*

## *CC 1082987923 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-14
Fecha de vencimiento: 2025-06-14

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

# Corporación Tecnológica del Magdalena

*Santa Marta*
*Resolución 1198 del 26 de Abril 2007 -12-21*
*La Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta*

## *Acta Individual de Grado*

En la Ciudad de Santa Marta a los (25) días del mes de Agosto de 2012, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de último grado, los suscritos Director y Secretaria, en la Rectoría de la **CORPORACION TECNOLOGICA DEL MAGDALENA** institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica por Ciclos Especiales Integrados, autorizada por la **SECRETARIA DE EDUCACION DISTRITAL DE SANTA MARTA** para otorgar el Título de **BACHILLER** en la modalidad de **BACHILLER** según Resolución No. 1198 del 26 de Abril de 2007. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los Estudios correspondiente al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyos nombres y número de documento de Identificación se relacionan a continuación:

DANIELA ALEJANDRA VILLALBA FERNANDEZ
T.I. 940822 - 09713 Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original General No, 008 de fecha 25 de agosto de 2012 que consta de 31 alumnos, acta No. 13 y que comienza con el nombre de **ADRIANA MARCELA ALVARADO CARO** y se cierra con el Nombre de **TOMAS EDUARDO AMELL MONTAÑEZ**, firmada por **EDWARD MONTOYA GIRALDO** (Director) y **DIANA BARRIOS JIMENEZ** (Secretaria).

Dado en Santa Marta a los 25 días del mes de Agosto de 2012.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en los Decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la Republica de Colombia.

**EDWARD MONTOYA G.**
Director

**DIANA BARRIOS J.**
Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

.

# Acta Individual de Graduación No. 04-2923-2021

| | |
|---|---|
| PROGRAMA: | ENFERMERÍA |
| CODIGO SNIES: | 4176 |
| FECHA GRADO: | 30 DE JULIO DE 2021 |
| LUGAR: | UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA |

En atención a que DANIELA ALEJANDRA VILLALBA FERNANDEZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.082.987.923 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 019 en sesión del día 07 de julio de 2021.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

| | |
|---|---|
| Rector(a): | MARITZA RONDON RANGEL |
| Director(a) de Campus: | ADRIANA SANTARELLI FRANCO |
| Decano(a) Facultad: | DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ |
| Secretario (a) General: | GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS |

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 30 DE JULIO DE 2021

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

# *Certifica*

# *Daniela Alejandra Villalba Fernández*

## *CC 1082987923 de Santa Marta*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-16
Fecha de vencimiento: 2025-06-16

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

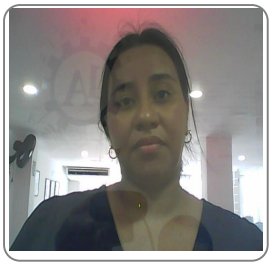
ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

*PREVENIR 1-A S.A*
*Nit. 819001920 - 7*
*Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA*
*Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249*

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**
INGRESO

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○

## DATOS DEL PACIENTE



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | **27/06/2023 12:09:00** | Cargo | **ENFERMERA** | | |
| Empresa | **PARTICULAR** | | | | |
| Nombre | **DANIELA ALEJANDRA VILLALBA FERNANDEZ** | | | | |
| Doc. Identidad | **CC 1082987923** | Edad | **28 Años** | Género | **Femenino** |
| Dirección | **MZN RQ CA 12 CONCEPCION** | | | Teléfono | **3016051059** |
| Escolaridad | **Profesional** | | | | |
| Eps | **SALUD TOTAL SA** | | | | |

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, RX TORAX, VISIOMETRIA, SEROLOGIA VDRL, TITULACION ANTICUERPOS HEPATITIS B, BACILOSCOPIA

## CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES
CONTROL ESTRICTO DE PESO POR DIETISTA DE EPS.
USO DE LENTES MEDICADOS.

-- CONTROL CON OPTOMETRIA DE LA EPS.

-- CONTROL CON GINECOLOGIA DE LA EPS.

--VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA DE LA EPS.

-- NOTA: SE EMITE CONCEPTO MEDICO SIN TENER EN CUENTA RESULTADO DE BACILOSCOPIA.

-- AL SST DE LA EMPRESA SE SOLICITA SEGUIMIENTO DEL CASO.

NOTA: TENIENDO EN CUENTA LA PATOLOGÍA QUE PRESENTA EL PACIENTE, DEBE TENER CONTROL ESTRICTO CON SU MÉDICO TRATANTE Y SEGUIR LAS DIRECTRICES DEL GOBIERNO NACIONAL EN CUANTO A PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA DE LA SALUD.

-- DEBE SEGUIR LA SIGUIENTE RECOMENDACION: REPORTAR SINTOMAS RESPIRATORIOS Y SIGNOS DE ALARMA AL COORDINADOR

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: DANIELA ALEJANDRA VILLALBA
CC: 1082987923
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

INGRESO

INMEDIATO, COORDINADOR DE SST O JEFE DE TALENTO HUMANO.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

**RESTRICCIONES LABORALES**

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular ⓧ Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **REMISIÓN** | SI ⓧ | NO◯ | **ARL** | SI ◯ | NO◯ | **EPS** | SI ⓧ | NO◯ |

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumpllimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: DANIELA ALEJANDRA VILLALBA
CC: 1082987923
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>**CONSULTA EN BASE DE DATOS** | CODIGO: GJC19F<br>VERSION: 003<br>FECHA DE ULTIMA REVISION: 11/12/2024<br>PAGINA 1 de 1 |

El (la) suscrito(a) **Daniela Alejandra Villalba Fernández** identificado con C.C. No. **1082987923** expedida en **Santa Marta**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado de Antecedentes Fiscales – Contraloría General de la República, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Consulta de Antecedentes Judiciales – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018 – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 16 del mes de diciembre de 2024.

Firma: Daniela Villalba

Nombre: Daniela Alejandra Villalba Fernández

Cédula: 1082987923

COPIA CONTROLADA

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2024-04-15 14:51 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| DANIELA | ALEJANDRA | VILLALBA | FERNANDEZ |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1082987923 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | MAGDALENA | Municipio | SANTA MARTA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"] |
|---|---|

| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |
|---|---|

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $22.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $22.000.000,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $1.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| LUIS | EDUARDO | BENJUMEA | ROLÓN |

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA  Número: 1082955599

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

| HJMB | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F<br>VERSION: 002<br>FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |
|---|---|---|

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos: Daniela Alejandra Villalba Fernandez | | | | | | | | | | Sexo | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | M | x | F | | |

| Tipo de Documento | | | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | x | C.E | | T.I | | R.C | | PP | | 1082987923 | Santa Marta | 29/08/2012 |

| Estado Civil (Seleccione) | | | | | Nivel educativo | | | | No. Personas a cargo | Tipo de Vivienda | | | Zona Ubicación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | | Propia | Arrendada | Familia | Rural | Urbano |
| | | | x | | | | | x | 2 | | | x | | x |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | 8 | 1994 | Santa Marta | Mz R1 Casa 12 - Concepción 4 | Santa Marta | Magdalena |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| dan.villa0822@gmail.com | 3016051059 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | | Empleado | x | Hogar | | Jubilado | | | | 86292 | | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| El código CIIU 8692 se utiliza para identificar las actividades económicas relacionadas con la salud, la terapéutica y el bienestar. | Actividades de apoyo terapeutico |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

| Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento | | | | | Número |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | C.C. | | | P.P | | |

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche | Publica | x | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | | Enfermera |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| Cra 14 #22-42 | Santa Marta | Los Alcazarés | 4346262 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | x |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales $3,000,000 | | | Total Egresos mensuales $600,000 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensuales $0 | | | Otros Egresos Mensuales $200,000 | | | | |
| Total Activos $0 | | | Total Pasivos $800,000 | | | | |
| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes Marzo | Año 2024 | Es declarante? | SI | | NO | x |

| Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico? |
|---|
| |
| Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? No |
| Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: Ingresos laborales |

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente, 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales, 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.





## 5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| Villalba | Fernandez | Daniela Alejandra |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *SEXO* | *NACIONALIDAD* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082987923 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

*LIBRETA MILITAR*
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 22 MES 08 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CALLE 48 34 1 Mz R1 Casa 12 Concepción 4

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO EMAIL danivilla0822@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO* | EDUCACION MEDIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 1X1° | MES | 08 | AÑO | 2012 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| *MODALIDAD ACADEMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN* | | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | *SI* | *NO* | | *MES* | *AÑO* | |
| PREGRADO | 8 | X | | ENFERMERIA | 05 | 2021 | 1082987923 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

## 4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4365007 | *Día* | 09 | *Mes* | 05 | *Año* | 2024 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| ENFERMERA JEFE HOSPITA | "HOSPITALIZACION" | CARRERA 14 24 42 Los Alcazarés |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ALEJANDRO PROSPERO REVERAND | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 12 | *Mes* | 10 | *Año* | 2021 | *Día* | 11 | *Mes* | 10 | *Año* | 2022 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| 1958 1 2010 ENFERMERA | AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA | AVENIDA 28 157B 88 ESTE Av del Libertador |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

*EXPERIENCIAS DEL DOCENTE*

| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | |

| *AREA DE CONOCIMIENTO* | *NIVEL EDUCATIVO* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 7 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI X NO _ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Santa Marta 16 de diciembre del 2024



*Ciudad y fecha de diligenciamiento*

## 9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Santa Marta 16 de Diciembre del 2024

Dra. Nora Elvira Anillo Romero

Gerente del **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENCHE**

Cordial saludo,

Asunto: Propuesta personal

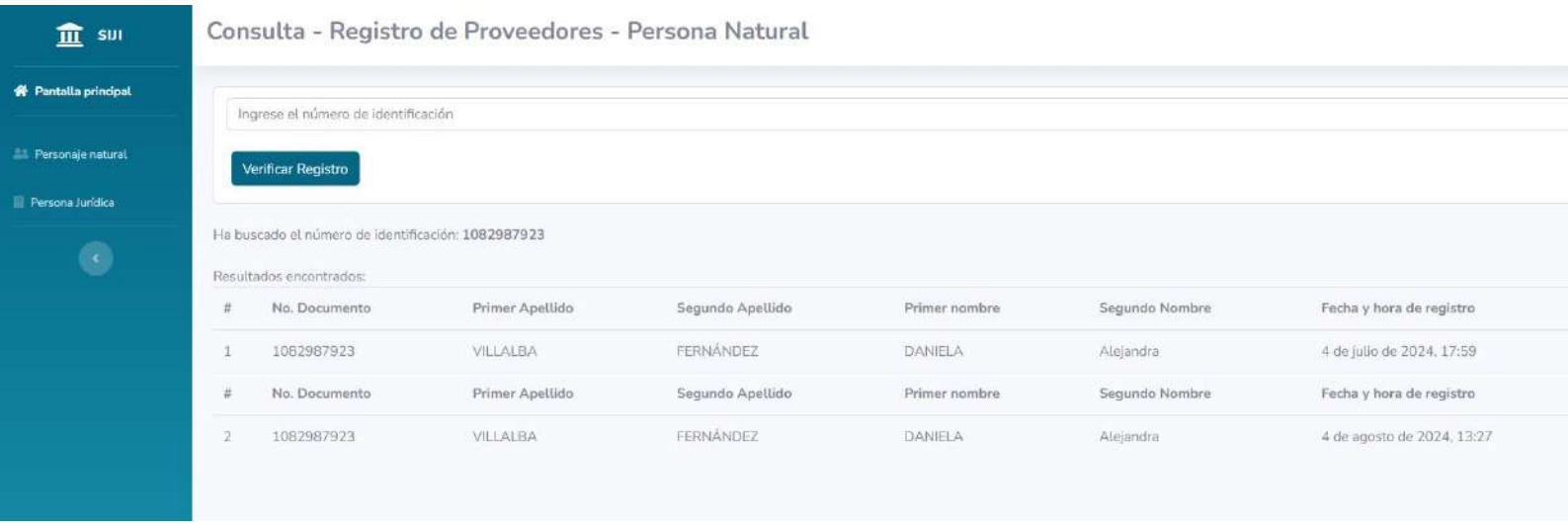
Yo Daniela Alejandra Villalba Fernández identificada con C.C. 1082987923 de la ciudad de Santa Marta, les presento a continuación a usted y a su despacho mi propuesta laboral para incorporarme como Enfermera si usted así lo permite, teniendo como objetivo general brindar mi servicio en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENCHE.**

Durante el tiempo de vinculación en la empresa (ESE Alejandro prospero reverend) cuando usted se encontraba dirigiendo pude adquirir experiencia en conocimientos prácticos como teóricos, y me destaque por mi profesionalismo, entrega, compromiso, gran capacidad de trabajo y responsabilidad en el cumplimiento de mis funciones, por tanto considero que alguien con mis cualidades puede ser útil para la empresa ya que me considero una persona eficiente con un gran sentido de responsabilidad, honestidad y entrega en mi labor, dispuesta en todo momento para el trabajo en equipo.

Capaz de cumplir todas las metas que se me impongan motivada por el sentido de pertenencia que desarrollo hacia el lugar que solicite mis servicios.



Daniela Alejandra Villalba Fernández
C.C. 1082987923
Cel. 3016051059


SUI
Pantalla principal
Personaje natural
Persona Jurídica
Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural
Ingrese el número de identificación
Verificar Registro
Ha buscado el número de identificación: 1082987923
Resultados encontrados:
# No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer nombre Segundo Nombre Fecha y hora de registro
1 1082987923 VILLALBA FERNÁNDEZ DANIELA Alejandra 4 de julio de 2024, 17:59
# No. Documento Primer Apellido Segundo Apellido Primer nombre Segundo Nombre Fecha y hora de registro
2 1082987923 VILLALBA FERNÁNDEZ DANIELA Alejandra 4 de agosto de 2024, 13:27

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECH4 Folios: NROFOLIOS
Origen: ORIGHEN
Destinatario: DHESTIN@TARYO

R@QTKADO

**EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

**CERTIFICA**

Que conforme a lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y la Resolución 774 de 2022, el (la) profesional **DANIELA ALEJANDRA VILLALBA FERNANDEZ** identificado (a) con Cèdula de Ciudadanía No. 1082987923 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como ENFERMERA en LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND de Santa Marta - Magdalena en la siguiente plaza y fecha:

| Código Plaza | Lugar donde realizó el SSO | Modalidad (*) | Fecha de Inicio | Fecha de Terminación |
|---|---|---|---|---|
| 4700100071253-1 | LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND | Prestación de Servicios | 12 de octubre de 2021. | 11 de octubre de 2022. |

*Según Artículo 8 de la Resolución 774 de 2022.

Santa Marta, enero 16 de 2023.

**ZENAIDA ORTIZ HERAS**
Secretario Seccional de Salud

| | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Proyectó Elaboró | Piedad De la Hoz Orozco. | Profesional Universitario | |
| Declaro que he revisado el presente documento, lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presento para su firma. | | | |



Powered by CamScanner

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1082987923 | DANIELA | ALEJANDRA | VILLALBA | FERNANDEZ | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANIELA ALEJANDRA VILLALBA FERNANDEZ identificado(a) con CC 1082987923 registra La siguiente información:

2024-12-16--9:07:06 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2023-02-20 | 1082987923 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |
| AUX | Local | AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2018-02-16 | 370 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|MAGDALENA\|SANTA MARTA | 2021-10-12 | 2022-10-11 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Enfermería | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula rofesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141151875120

(415)7707212489984(8020) **000014115187512 0**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 2 9 8 7 9 2 3 | 8 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 2 9 8 7 9 2 3 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VILLALBA | FERNANDEZ | DANIELA | ALEJANDRA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ S 1 CA 9 URB CONCEPCION IV

42. Correo electrónico: danivilla0822@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 5 0 0 0 0 0 0 0 | 3 0 1 6 0 5 1 0 5 9 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 2 0 9 0 4 | | | | | 9 2 2 1 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VILLALBA FERNANDEZ DANIELA ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

## ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

---

## ENFERMERA



**DANIELA ALEJANDRA VILLALBA FERNANDEZ**

**C.C. 1.082.987.923**

**Universidad Cooperativa De Colombia**

**Santa Marta**

Fecha de Expedición Diploma: **30/07/2021**

Fecha de Inscripción en Rethus: **20/02/2023**

Powered by CamScanner

54943

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

**Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.**

**Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.**
**www.oceinfo.org.co**

**FIRMA DEL PROFESIONAL**

IDéntico S.A.S.

Powered by CamScanner

BIO-TEST IPS SAS
NIT 900202037-4
Direccion: Calle 20 No 19-16 Soledad - Atlantico
Telèfono: 3929090 - 3017954428
Direccion: Carrera 23 No 25B-41 Sabanalarga - Atlantico
Telèfono: 3002462193
Direccion: Carrera 14 No 9-47 Cienaga - Magdalena
Telèfono: 4107755
Direccion: Calle 25 No 32B - 19 Santa Marta - Magdalena
biotestips@hotmail.com

**RESULTADOS**



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 29 jun. 2023 03:25:04 pm | | | | |
| **Sede** | **BIOTEST SANTA MARTA** | | | Fecha Nacimiento | 22/08/1994 |
| **Paciente** | **VILLALBA DANIELA** | | Sexo F | Edad 28A 10M 6D | **Nro. De Recepción** **71473** |
| Identif. | CC 1082987923 | Teléfono | | Fecha De Recepción | 28 jun. 2023 10:03:38 am |
| Entidad | PREVENIR 1A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACI | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | |
| Sala | **CONSULTA EXTERNA** | Cama | Médico | 0 0 0 | |

| | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|
| PRUEBAS ESPECIALES | | | |
| HEPATITIS B AC CONTRA AG DE SUPERFICIE | | | |
| Hepatitis B: Ac. Contra Ag de Superficie. | 7.2 | mUI/ml | |

Tecnica ELFA

VALOR DE REFERENCIA:

Negativo < 8 mUI/ml
Indeterminado: 8-12 mUI/ml
Positivo: > 12 mUIml

Reportado Por: JOSE MIGUEL UCROS ALVAREZ



DR. JOSE MIGUEL UCROS ALVAREZ
BACTERIOLOG
T.P. 8788697